SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**DESPACHO DIRECCION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **101068** |
| **Fecha Elaboración** | **19 de Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **83989-238110** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** SERGIO AUGUSTO HERNANDEZ MORENO
**Correo electrónico contratista:** sahernandez@sena.edu.co
**C.C.** 91.489.251 **IP/Nº de contacto** 0

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 08913128401

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 5831607/2024 **Nº Compromiso SIIF** 9624

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 77.700.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 77.000.000 | **2** | **Del** | **01/02/2024** | **Al** | **29/02/2024** | **$ 7.000.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 70.000.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE ABOGADO EXTERNO PARA REPRESENTAR JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE AL SENA - REGIONAL SANTANDER EN LOS PROCESOS ASIGNADOS ASI COMO PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES PL 11M Y 3D VR MES $7.000.000

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 7.000.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 700.000 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 7.700.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.971.475** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **28626650** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 2.800.000 | $ 130.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 350.000 | $ 16.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 448.000 | $ 20.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 14.700 | $ 700 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.925.000 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 192.000 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 150.000 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 6.300 | |
| Dependientes hasta $ 1.506.080 | $ 770.000 | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ 480.000 | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 1.323.825 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.971.475,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 6.202.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8211 | 55.818,00 | 0,900% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Sobretasa Bomberil | 5.582,00 | 10,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$6.938.600,00** | |

**SON: SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron poderes para la representación judicial y extrajudicial de procesos asignados según reparto.
Se realizaron memoriales con la Procuraduría 214 Judicial 1, de Barrancabermeja. Se remitio concepto sobre no conciliacion.
Se realiza estudio, tramite y contestación tutelas Rad. 2024-00043 Rad: 2024-009 Rad: 2024-00041 Rad: 2023-00547-01
Se realiza vigilancia judicial, se bajan expedientes digitales y se cumple según la necesidad de cada caso
Se contestaron derechos de petición.-Se dio tramite a la sede central del Sena en requerimientos varios
Se realizo programación de procesos en la plataforma E-KOGUI
Se realizo reunión con la Dra Jhaireth Toro sobre procesos judiciales
Se realizo estudio y concepto sobre el titulo de vivienda para préstamo hipotecario de empleado del SENA -REGIONAL

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

**SERGIO AUGUSTO HERNANDEZ MORENO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA**
**PROFESIONAL G10**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**

**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO**

**DIRECTOR REGIONAL A G08**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-91489251 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2024-01 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 0 | 208.000 | 0 | 208.000 |
| **Período salud:** | 2024-01 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 0 | 162.500 | 0 | 162.500 |
| **Planilla Nro.:** | 28626650 Tipo I | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | 0 | 6.800 | 0 | 6.800 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2024-01-26 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | 1507 | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 417509220 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 377.300 |

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | SERGIO AUGUSTO HERNANDEZ MORENO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-91489251 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-02-03 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-02-13 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-01-26 |
| ENTIDAD DE PAGO: | NEQUI |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-01 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-01 |
| NÚMERO PLANILLA: | 28626650 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 28626650 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 162.500 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 208.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.800 | $ 6.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 377.300 | $ 377.300 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 13/03/2024 |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 19 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Bucaramanga

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

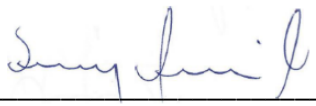
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1.098.771.726** | **JERONIMO HERNANDEZ** | **HIJO** |
| **T.I.** | **1.097.795.644** | **DAVID MANUEL HERNANDEZ** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
SERGIO HERNANDEZ MORENO
C.C. 91.489.251

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1.098.771.726

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 52254824

*52254824*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q X D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE BUCARAMANGA - COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| HERNANDEZ | AMAYA |

Nombre(s): JERONIMO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2013 Mes JUL Día 08 | MASCULINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 11952408-5 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: AMAYA RUEDA CLARA JULIANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 37.723.833 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ MORENO SERGIO AUGUSTO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 91.489.251 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ MORENO SERGIO AUGUSTO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 91.489.251 | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2013 Mes JUL Día 10 | MELBA PATRICIA LOPEZ PEREZ - REGI<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

10.JUL.2013 - JMJS..

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

# REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1097795644

**Indicativo Serial** 58260336

*5826033 6*

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | X | 9 | ☐ | ☐ | ☐ | Q 7 E |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| HERNANDEZ | PABON ********** |

Nombre(s)

DAVID MANUEL **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2022 Mes FEB Día 15 | Masculino | O | Negativo |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 170846901 |

*Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

PABON HERNANDEZ DIANA LUCIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.842.317 | COLOMBIANA |

*Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ MORENO SERGIO AUGUSTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.489.251 | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ MORENO SERGIO AUGUSTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.489.251 | |

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos

**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos

**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2022 Mes FEB Día 17 | SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ<br>Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO: 002 FOLIO:152

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Impr. por OPTAR S.A. PBX (1) 3110501. Bogotá - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Bogotá, D.C., septiembre de 2023

1019060492
DIEGO DAVID ROJAS FALY

Señor(a):
HERNANDEZ MORENO CLAUDIA PATRICIA
CL 149 No. 48 - 85  APT 502
BOGOTA D.C.
COLSANITAS
741

Apreciado(a) Señor(a):

Queremos agradecerle su preferencia y fidelidad, así como reiterarle que, en reconocimiento a ellas, seguiremos trabajando para ofrecerle mejores servicios.

Actualmente estamos viviendo una situación de incertidumbre a nivel global, derivada de diferentes factores. El dólar ha llegado a su nivel más alto en 20 años y como consecuencia de ello, se ha producido el incremento en el precio de muchos productos importados, incluidos algunos medicamentos, insumos médicos, prótesis, entre otros.

El Fondo Monetario Internacional (FMI) calcula que hay un 25% de posibilidades de que no se cumplan las previsiones de crecimiento de la economía mundial, situación que, salvo el primer año de pandemia por Covid-19, no se daba desde 2001.
Por último, la guerra entre Rusia y Ucrania, ha desestabilizado la economía mundial, generando una espiral de inflación en todo el mundo.

En atención a algunas de las situaciones expuestas y al interés de COLSANITAS en cuanto a contribuir en el cuidado de la salud de sus usuarios, y con el fin de aliviar las cargas en las familias durante un período tan complejo como fue la referida pandemia, adoptamos medidas como: realizar incrementos inferiores al índice de inflación para las tarifas de todos nuestros usuarios durante 2020 y 2021, e incluso, no incrementar la tarifa a algunos grupos particularmente afectados por dicha situación.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto y en los criterios establecidos en el ordenamiento jurídico en materia de cálculo de tarifas para planes de medicina prepagada, queremos comunicarle que, para el período comprendido entre el 1° de octubre y el 31 de diciembre de 2023, la(s) tarifa(s) que se aplicará(n) a su Contrato Familiar de Servicios de Medicina Prepagada Plan Integral Colsanitas No. 1010340214 y los descuentos aplicables, corresponden a los siguiente(s):

| Nombre Usuario | Tarifa Mensual | Desc. Cial | Edad |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ MORENO CLAUDIA PATRICIA | $ 228.600 | $ 10.000 | 50 |
| HERNANDEZ MORENO SERGIO AUGUSTO | $ 228.600 | $ 10.000 | 47 |

El valor de la(s) tarifa(s) informada(s) anteriormente no incluye el descuento comercial. Por lo anterior, el valor total de las tarifas para todos los usuarios, sin incluir dicho descuento, corresponde a la suma de $ 457.200.

A dichas tarifa(s) se le(s) adicionará el 5% del Impuesto al Valor Agregado – IVA, con el cual están gravados los planes de medicina prepagada.

Recuerde que por cada usuario que se encuentre simultáneamente afiliado a Colsanitas bajo el Plan Integral y a EPS Sanitas S.A.S., en estado activo, recibirá el descuento comercial que mensualmente aplique, acorde con lo informado en la tabla anterior, sobre el valor de la cuota de su contrato, el cual es determinado anualmente por la Compañía.

Por otra parte, nos permitimos confirmar que los descuentos aplicables al periodo en mención por pago anticipado serán los siguientes:

| Meses pagados por anticipado | % Descuento |
|---|---|
| 3 | 1% |
| 4 | 1% |
| 5 | 2% |
| 6 | 2% |
| 7 | 3% |

| Meses pagados por anticipado | % Descuento |
|---|---|
| 8 | 3% |
| 9 | 4% |
| 10 | 4% |
| 11 | 5% |
| 12 | 5% |

Finalmente, le reiteramos nuestro interés en ofrecer servicios tendientes a mejorar las condiciones de su salud y las de su familia.

Cordial saludo,

Ivonne Orozco Vasconsellos
Vicepresidente Comercial